

Текст доповіді Є.Орла на Конференції
“Автономізація постачальників медичних послуг
та запровадження контрактних відносин –
головні складові реформи системи охорони здоров’я в Україні”
м. Ялта, ГК „Ялта-Інтурист” вересень 23 - 25, 2005

Запровадження контрактних відносин як інструмент покращення показників ефективності діяльності постачальників медичних послуг

Євгеній Орел, канд. екон. наук, доцент, НаУКМА

Реформа системи охорони здоров’я, як правило, передбачає впровадження декількох обов’язкових елементів, таких як надання автономного статусу медичним закладам, відокремлення надавача медичних послуг від закупівельника останніх, а також, поряд з іншими елементами, впровадження контрактних відносин. В країнах з перехідною економікою в умовах реформи системи охорони здоров’я контрактні відносини виступають як альтернатива інтегрованій моделі розподілу ресурсів.

Ключове значення контрактних відносин як складової реформування охорони здоров’я підкреслюється спеціальною резолюцією Всесвітньої Асамблеї Охорони Здоров’я (травень, 2003 р.) "Про роль контрактних відносин у поліпшенні діяльності систем охорони здоров’я". В резолюції підкреслюється важливість наступних підходів:

- забезпечення впровадження контрактних відносин згідно з правилами та принципами, що становлять основи національних систем охорони здоров’я у конкретно взятих країнах;
- формування політики контрактації у сфері охорони здоров’я таким чином, щоб вона якнайбільш сприяла зростанню продуктивності, ефективності та результативності системи охорони здоров’я;
- сприяння обміну досвідом впровадження контрактних відносин для забезпечення медичного обслуговування незалежно від форми власності медичної установи.

Питанням контрактації медичних послуг в Україні присвячено поки що невелику низку досліджень в Україні. Серед них слід назвати, перш за все, ті дослідження, що їх проводять спеціалісти Проекту ЕС “Фінансування та менеджмент в системі охорони здоров’я в Україні”, а саме – В. Рудий, В. Галайда тощо. Адже в Україні контрактація медичних послуг впроваджується поки що лише на рівні мало чисельних пілотних проектів. Тому на даному етапі реформи системи охорони здоров’я узагальненню підлягає в основному література та практика зарубіжних країн.

В даній доповіді розглянуто такі питання:

- Контракти в системі охорони здоров’я
- Сторони контракту
- Структура контракту та форми оплати за виконання контрактних умов
- Види контрактів у сфері охорони здоров’я
- Застосування контрактів в окремих країнах
- Основні проблеми контрактації
- Можливості контрактації в Україні
- Висновки

Контракти в системі охорони здоров'я

Спочатку наведемо деякі базові визначення. Отже що таке контракт?

- Контракт – це письмова або усна угода між двома сторонами або більшою кількістю сторін щодо виконання певного обсягу діяльності.
- Контракт – це положення про права і обов'язки сторін певної угоди.

У сфері охорони здоров'я контракти укладаються між закупівельниками (purchasers) та надавачами (providers) медичних послуг. Наприклад, угода про здійснення 10 хірургічних операцій певного типу за 20 тис.гр.

Значення контрактації в системі охорони здоров'я в економічному контексті полягає в тому, що контракти суть механізм подолання асиметричності інформації (asymmetry of information) між закупівельником та надавачем медичних послуг. Як відомо, асиметричність інформації є однією з ключових проблем сфери охорони здоров'я, поряд із проблемами упередженого відбору (adverse selection), ризику аморального вчинку (moral hazard) тощо. Крім того, правильно складені контракти відповідають вимогам перевіряємості (verifiability), що виступає як об'єктивна категорія, та спостерігаємості (observability), що загалом відноситься до категорій суб'єктивних, тому що велике значення має особистість тих, кого перевіряють, а звідси й вимоги до тих, хто перевіряє.

Сторони контракту

В якості сторін контракту на медичні послуги виступають закупівельники (purchasers) медичних послуг та їх надавачі (providers).

До закупівельників зазвичай відносяться:

- Страхові компанії
- Фізичні особи
- Фірми/підприємці
- Державні установи

Інколи застосовується термін “покупці”, проте, для виокремлення сфери охорони здоров'я та подання терміну в більш широкому смислі, ніж просто “покупець”, а також відповідно до основних значень оригінального англомовного терміну (від purchase, закупляти), україномовний еквівалент подається саме як “закупівельник”.

В ролі надавачів, як правило, виступають:

- Приватно-практикуючі лікарі
- Поліклініки
- Лікарні
- Інші

Надавачі – Інколи у вітчизняній літературі можна зустріти постачальники, а також „провайдери”, що утворено від відповідного англомовного терміну, яке й означає „постачальник”, „надавач”.

Структура контракту та форми оплати за виконання контрактних умов

Основні складові контрактів в охороні здоров'я:

- Сутність робіт, що потребують виконання
- Обсяг робіт
- Ціни, розцінки, тарифи тощо
- Особливості виконання робіт (за потребою)
- Інформаційне забезпечення контракту його сторонами
- Моніторинг виконання контракту
- Юридичні підстави для припинення контракту

Форма оплати за виконання умов контракту вирішується під час переговорів і може бути:

- Попередньою
- Поетапною
- Здійснюватися після повного виконання робіт.

В Україні віддають перевагу саме попереднім формам оплати. Це стереотип, який тягнеться з часів гіперінфляції.

Види контрактів у сфері охорони здоров'я

Найбільш розповсюдженою класифікацією контрактів у системі охорони здоров'я є наступна:

- Блок-контракти, (*block contracts*). В літературі ще зустрічається назва „пакетні договори”
- Контракти по вартості та обсягу (*cost & volume contracts*). Цей вид контрактів називають також „договори на узгоджену вартість та обсяг медичної допомоги”.
- Контракти по вартості на пролікований випадок (*cost-per-case contracts*). Або “договір із вказаною вартістю по кожному випадку”.

1.) Блок-контракт

Застосування блок-контрактів зазвичай пов'язане з виконанням наступних :

- Закупівельник виплачує надавачеві узгоджену суму за можливість направляти пацієнтів на лікування;
- Обмежень в обсягах діяльності не передбачено, тобто (принаймні теоретично) не заборонено перевищити або знизити обсяги діяльності.

В основі укладання блок-контрактів є простота в складанні, а також зручність використання, якщо історично склалися певні типи пацієнтів, а також якщо майже не змінюється “коефіцієнт направлення до спеціалістів” (*referral rates*).

Переважає більшість сучасних експертів вважає, що застосування блок-контрактів є найбільш придатною формою контрактації послуг системи охорони здоров'я саме в тих країнах, де відчувається нестача інформації про ресурси, процеси та результати діяльності внаслідок нерозвиненості інформаційних систем. Передбачається, що в процесі налагодження та стабілізації інформаційного потоку можна буде переходити до більш “витончених” форм контрактації, як то контракти по вартості та обсягу, контракти по вартості за пролікований випадок тощо.

Україна не є унікальною в плані нестачі інформації щодо ресурсів, процесів та результатів. Як найбільш демонстративний приклад можна навести Сполучене Королівство Великобританії та Північної Ірландії, де у 1980х роках під час відокремлення закупівельників та надавачів і створення квазі-ринків спочатку було складено саме блок-контракти, або „контракти на блоки робіт за задану плату”. Пояснювалося це саме нестачею детальної інформації стосовно витрат тощо.

Для надавачів послуг блок-контракти мають як переваги, так і недоліки.

Серед переваг для надавачів послуг слід відзначити наступні:

- Гарантований дохід для покриття витрат незалежно від фактично вкладеної праці;
- Можливість наперед планувати обсяги діяльності.

Серед недоліків для надавачів зазвичай називають:

- Безоплатне виконання робіт, якщо їх обсяги перевищують очікувані;
- Надмірні витрати, якщо змішаний випадок виявиться більш тяжким, ніж очікувалося

Для запобігання некомпенсованим витратам надавачі можуть наполягати на встановленні в блок-контракті верхніх меж:

- На обсяги робіт за контрактом;
- На певні види робіт.

Блок-контракти також мають як переваги, так і недоліки, для закупівельників послуг системи охорони здоров'я.

Серед переваг для закупівельників послуг слід відзначити наступні:

- Простота у виконанні;
- Гарантія отримання певного обсягу послуг за фіксовану плату.

Проте, серед недоліків блок-контрактів щодо закупівельників загалом відзначаються наступні:

- Недостатня гнучкість блок-контракту, якщо виконано менші обсяги роботи, ніж очікувалося (напр., у випадку меншої кількості пологів внаслідок меншої народжуваності);
- Як наслідок попереднього, фактичні витрати перевищують необхідні.

Отже, потребуються певні положення контрактів, які би враховували як недостатні, так і надлишкові послуги. Тому що для закупівельника вигода буде у випадку більших обсягів виконаної роботи. Але він понесе втрати, якщо обсяги виявляться меншими за передбачувані.

Досвід використання блок-контрактів показує, що вони найбільш придатні для порівняно легко прогнозованих випадків невідкладної допомоги. До таких може відноситися, наприклад, динаміка травм або захворювань, що мають розповсюдження у певні сезони року, як то травми шийних хребців (т.зв. “травма поринальника”), або сезонні епідемії, наприклад, грипу. Також вважається придатним і слушним використання блок-контрактів для оплати послуг пологових будинків, де попит також є більш-менш передбачуваним.

Вважається небажаним використання блок-контрактів для оплати послуг косметичної хірургії, якщо не встановлено верхні межі на кількість надаваних послуг.

2.) Контракти по вартості та обсягу

Застосування контрактів по вартості та обсягу передбачає виконання наступних умов:

- Закупівельник платить надавачеві за певний обсяг (рівень) діяльності.
- Вище зазначеного обсягу оплата відбувається за кожний пролікований випадок.

У разі відхилення від зазначених у контракті обсягах недовиконані згідно з контрактом обсяги робіт можуть не оплачуватися. Також на практиці інколи встановлюється так званий “рівень толерантності” (tolerance level). Наприклад, до 5% відхилення від встановленого обсягу без штрафування надавачів та без додаткових витрат закупівельників.

Контракти по вартості та обсягу мають перевагу для закупівельників у тому, що вони в загальному випадку здійснюють оплату лише за виконаний обсяг роботи, тобто за фактично отримані послуги. Проте, недоліком цієї форми контрактації вбачається загроза суттєвого перевищення обсягів витрат порівняно із законтракованими, що може викликати необхідність встановлення у контрактах максимального обсягу діяльності для запобігання “накручування” витрат і, отже, надання непотрібних послуг.

Одним із можливих варіантів використання контрактів по вартості та обсягу є домовленість про оплату додаткових послуг зі знижкою, аж до граничних витрат. Тобто деякі послуги за результатами можуть вийти на “0” прибутків. Фактично застосування залежить від важливості для надавача підтримання ділових контактів саме із даним конкретно взятим закупівельником.

Для надавачів контракти по вартості та обсягу дають наступні переваги:

- Гарантія мінімального обсягу діяльності із уникненням проблем на випадок перевищення рівня навантаження, встановленого контрактом
- Можливість (якщо не помітить закупівельник!) помістити менш витратні випадки в елемент обсягу, а більш витратні – в елемент оплати за пролікований випадок. Тому закупівельник має бути надзвичайно уважним (caveat emptor).

Контракти по вартості та обсягу підходять для переважної більшості випадків, коли попит можна максимально точно передбачити. Вони надають максимальної гнучкості як надавачам, так і закупівельникам, стосовно встановлення вартості та обсягу.

3.) Контракти по вартості на пролікований випадок

У разі застосування контрактів по вартості на пролікований випадок закупівельник платить узгоджену суму за кожний епізод діяльності. Кожне надходження пацієнта на лікування оплачується на основі індивідуального контракту.

Використання контрактів по вартості за пролікований випадок є найбільш доцільним у разі низьких обсягів діяльності, їх невизначеності або тенденції до зниження. Вартість за пролікований випадок може бути покладена в основу контрактів з тими надавачами, хто обслуговує сільське населення, яке, нажаль, має тенденцію до суттєвого скорочення. Крім того, даний вид контрактів є цілком придатним для надавачів, які працюють у місцевостях з низькою щільністю населення.

Перевагами контрактів по вартості за пролікований випадок є максимум гнучкості у встановленні обсягів послуг.

Недоліками контрактів по вартості за пролікований випадок є високий рівень трансакційних витрат, проблематичність визначення знижок, вимушеність покупців приймати ціну (а не впливати на неї) як наслідок монопольного становища надавачів послуг, потреба у надто великій кількості детальної інформації, внаслідок чого контракти по вартості за пролікований випадок поки що не знайшли широкого застосування не тільки в Україні, але й в інших країнах світу.

В перспективі з розвитком інформаційних систем стане можливим більше розповсюдження контрактів по вартості за пролікований випадок. Структура такого контракту може бути наступною:

- Період і тривалість контракту
- Перелік послуг, що надаються
- Обсяги діяльності
- Якість обслуговування
- Вартість і порядок оплати
- Інформаційні вимоги
- Пункти щодо переукладання контракту.

Дана структура використовується на практиці саме стосовно контрактів на вартість за пролікований випадок.

Застосування контрактів в окремих країнах

ПОЛЬЩА

Стандартний термін укладання контрактів – 1 рік, з можливістю перегляду умов контракту протягом року. В контракт включаються усі діагностичні та лікувальні послуги, що призначені лікарем, вартість ліків, харчів та ліжка. Співоплата не передбачається. Обсяг послуг визначається на основі даних про минулорічну діяльність. Встановлюються ліміти на обсяги надання кожної з послуг.

Для оцінки якості надаваних послуг застосовуються Сертифікати Національного Центру Моніторингу Якості Охорони Здоров'я та сертифікати ISO1. Якість, за законом, вимірюється власниками лікарень.

Вартість і оплата: Кожна виробнича одиниця сама обчислює свої витрати. Контракти ґрунтуються на середній вартості надходження хворого, ліжко-дня, даних по сусідніх лікарнях.

Інформаційні вимоги: Детальні звіти щодо окремих пацієнтів, але з використанням персоніфікованих кодів замість імен.

¹ ISO – International Organization for Standardization – Міжнародна організація з питань стандартизації. Організація включає національні інститути стандартизації 148 країн. Центральний Секретаріат – в м. Женева. На відміну від ООН, ISO – неурядова організація. Скорочення походить від грецького “isos”, тобто “рівний”. Мабуть, це несе в собі певну символічність.

Навесні 2005 року Мінекономіки було передано функції та виконання зобов'язань ліквідованого Державного комітету з питань технічного регулювання та споживчої політики. А саме цей Держкомітет був представником від України в ISO.

ЕСТОНІЯ

В Естонії напрацьовано два різновиди моделей лікувальних закладів. Перший включає до себе ті лікувальні заклади, що є ієрархічно підпорядковані управлінню охорони здоров'я: бюджетна і автономна моделі. Друга – це лікувальні заклади, що укладають контрактні відносини з управлінням охорони здоров'я: корпоративна та приватна моделі.

У 1991 році в Естонії було введено в дію Закон про медичне страхування. Паралельно з тим, замість постатейної бюджетної оплати, було впроваджено бальну систему на зразок німецької. З 2000 року було введено оплату за випадок, а щодо деяких видів послуг – оплату за послуги (нормальні пологи, хірургія катаракти тощо). Все це сприяло закріпленню на практиці системи контрактації, а також мало такі наслідки: збільшення кількості надаваних послуг, скорочення перебування пацієнтів у лікарнях, а також зростання продуктивності лікарень.

Лікарі в Естонії працюють на умовах:

- Найманих працівників медичних установ, що укладають контракти з фондом;
- Само-найманих (приватно-практикуючих) лікарів, що безпосередньо укладають контракти з фондом.

Контракти на медичні послуги в умовах естонської системи охорони здоров'я мало відрізняються від тих, що їх було розглянуто раніше. Зокрема, в контрактах вказуються термін дії, кількість пацієнтів, види послуг, ціни, показники та контроль якості, відповідальність сторін тощо. Проте, особливістю естонських контрактів є визначення суми для перерозподілу між окремими видами послуг в межах 5-15% контрактної суми.

У сфері контрактації послуг в естонській системі охорони здоров'я проблемними питаннями залишаються наступні:

- Які послуги слід включати в контракти?
- Чи з кожним надавачем укласти контракт?
- Які методи оплати та за якими цінами слід встановлювати?

Оплата послуг

- Стаціонарні послуги оплачуються на основі ліжко-днів, з поправками на спеціалізацію та кількість ліжок.
- Платежі коригуються на 57 типів випадків залежно від діагнозу, лікуванню, догляду, режиму харчування, аналізів та медикаментів, медичних процедур.
- Додаткові процедури можуть оплачуватися окремо на умовах гонорару за послугу згідно з прейскурантом.
- Встановлені верхні межі на оплату стаціонарних послуг.
- Оплата може здійснюватися на основі об'єднання платежів у пакети.

Досвід Естонії виявив як переваги, так і недоліки застосування контрактації в системі охорони здоров'я країни. До переваг загалом відносяться наступні:

- Орієнтація закупівельників на вирішення стратегічних задач, а не управління послугами;
- Наявність великої кількості надавачів мед.послуг з правом контрактації, що дає можливість більшого вибору для пацієнтів.

В той же час, деякими експертами вказуються наступні недоліки застосування контрактації. А саме – відмічається наступне:

- Певне послаблення контролю над надавачами;
- Утруднення процесу планування та координування;
- Зростання трансакційних витрат;
- Звуження вибору для пацієнтів (!?)

Останнє відноситься до малонаселених місцевостей.

Досвід Естонії показав, що контрактація має достатній потенціал для впливу на такі сторони діяльності системи охорони здоров'я:

- Продуктивність праці надавачів послуг,
- Якість медичних послуг,
- Орієнтацію на споживача.

Відзначається також, що система контрактації найкраще спрацьовує за умови регулярного контролю з боку Наглядацьких Рад.

НІМЕЧЧИНА

Контрактні відносини в німецькій системі охорони здоров'я були і є одним з найбільш важливих елементів системи Бісмарка. В рамках вдосконалення системи охорони здоров'я з 1996 року система контрактації дає можливість пацієнтам обирати лікарняні каси, лікарні та лікарів.

Згідно з соціальним кодексом, корпоративними платниками є лікарняні каси. До обов'язків лікарняних кас входить наступне:

- збір страхових внесків (премій),
- визначення рівня внесків, щоб ті покривали витрати,
- ведення переговорів від імені членів каси з надавачами послуг стосовно:
 - цін на послуги,
 - кількості надаваних послуг,
 - заходів по забезпеченню якості надаваних послуг.

Законтрактвані послуги зазвичай доступні членам ЛК (лікарняних кас) без попереднього дозволу ЛК. Проте, дозвіл потребується для наступного:

- профілактичне курортне лікування;
- реабілітаційні послуги,
- короткотерміновий догляд за хворим.

У сумнівних випадках ЛК має отримати експертну думку від спільної інституції ЛК "Медична перевірна комісія (Medical Review Board), що являє собою публічну корпорацію та фінансується за рахунок Фонду Медичного Страхування.

Корпоративними надавачами послуг виступають, наприклад, асоціації терапевтів та асоціації стоматологів. Вони є корпоративними монополістами. Їхня місія полягає у забезпеченні первинної та – з нещодавно – вторинної медичної допомоги.²

Вважається, що закупівельники медичної допомоги більш обмежені у своїх можливостях (зокрема щодо деталізації визначення послуг), ніж в умовах контрактних відносин згідно з моделлю, що застосовується, наприклад, у Великій Британії. На більшу "контрактну

² В системі охорони здоров'я Німеччини існує поділ на сімейну медицину та спеціалізовану медицину, що приблизно відповідає поділу медичної допомоги на первинну та вторинну.

силу” () закупівельників у Великій Британії, порівняно з Німеччиною, вказують Салман і Фігейрас.

РОСІЯ

Обов’язкове державне медичне страхування в Російській Федерації було впроваджено у 1993 році. Контракти укладаються між надавачами послуг та страховими організаціями і визначають, поряд з іншими положеннями, системи та умови оплати.

Найбільш розповсюдженими системами оплати за медичні послуги в Російській Федерації є наступні:

- в умовах стаціонару – на основі кількості завершених випадків лікування;
- для амбулаторії – на основі діагнозів та кількості візитів.

В окремих регіонах також застосовуються такі системи оплати:

- за кількістю ліжко-днів (стаціонар);
- за кількістю візитів до лікаря (амбулаторія);
- згідно з діагнозом (діагностичні інституції³).

Для кожного виду захворювань встановлюється стандартна кількість амбулаторних візитів (на основі сучасних медичних знань).

Контрактна система в Росії поки що не дозволила уникнути неформальних платежів (informal payments), які поки що мають місце поряд з безоплатним наданням послуг та великими сумами офіційних готівкових платежів. Крім того, в контрактах не охоплюються і страховкою не покриваються використання фармацевтичних препаратів, санітарно-гігієнічних засобів, а також надання стоматологічних послуг.

ЧЕХІЯ

Контракти між страховиками та лікарями визначають:

- Обсяги послуг;
- Типи послуг (5000 процедур згідно з затвердженим діючим Переліком);
- Методи відшкодування витрат;
- Вимоги щодо подання даних;
- Умови припинення дії контракту;
- Період тривалості контракту.

Лікарні вирішують, які процедури застосовувати, але їм буде відшкодоване лише за ті, що обумовлено в контракті. Тобто лікарі не обмежені у виборі процедур, але оплата відбувається за ті процедури, що законтрактовані. Наскільки це правомірно – судити складно. Адже результати медичного втручання інколи наражаються на несподівані та не передбачувані фактори.

Кожна процедура оцінюється в певну кількість балів. Страхові компанії платять лікарю згідно з кількістю балів, накопичених ним за платіжний період. Співвідношення балів і крон встановлюється на основі колективної угоди між МоЗ та “Представниками лікарів”.

³ Тобто спеціалізовані медичні центри третинного рівня медичної допомоги.

На відміну від Російської Федерації, в Чехії фармацевтичні продукти та стоматологічні послуги компенсуються страховкою, хоча й до встановленої межі.

В цілому чеська практика вважається найбільш показовою з т. з. використання контрактів як інструментів закупівель та звітності.

РУМУНІЯ

ЛІКАРНЯНИЙ СЕКТОР

В лікарняному секторі Румунії контрактами охоплюються усі призначені діагностичні та медичні заходи, разом з вартістю фармацевтичних препаратів, медичних матеріалів, ліжок, харчі. Це за умови, якщо процедури не знаходяться у негативному списку, або не передбачена співплата. Також умовою виступає направлення сімейного лікаря або амбулаторного спеціаліста. За виключенням – над звичайних випадків, коли пацієнт сплачує з кишені.

Обсяг послуг встановлюється на основі даних попереднього року. Існують обмеження по обсягу, які диференційовані по районах. Перегляд обсягів послуг можливий протягом року.

Критерії якості надаваних послуг визначаються в індивідуальних контрактах. Спеціальні комісії⁴ збирають дані та аналізують тривалість утримання в стаціонарі в залежності від застосованого методу лікування, кількість повторних надходжень до лікарень, смертність в лікарнях.

Кожний підрозділ лікарень самостійно обчислює вартість послуг. Контракти при цьому базуються на очікуваних витратах на основі:

- КСГ,
- Вартості одного дня перебування пацієнта у лікарні;
- Вартості надаваних послуг в залежності від різновиду випадку.

В лікарняному секторі Румунії існують певні інформаційні вимоги, а саме:

- наявність мінімальних даних щодо кожного пацієнта в електронному форматі та під індивідуальним кодом;
- підготовка стандартних звітів щодо кількості послуг, випадків, днів лікування;
- підготовка детальних звітів щодо кожної хірургічної та терапевтичної процедури.

АМБУЛАТОРНИЙ СЕКТОР

В амбулаторному секторі контрактації підлягають усі призначені діагностичні та медичні заходи. Обов'язковим для відвідування спеціалістів (за виключенням акушерів-гінекологів, дантистів, психіатрів та інфекціоністів) є направлення з боку сімейних лікарів.

Співплата встановлена згідно з двома списками:

- Список А: Найбільш критично важливі ліки – 10%;
- Список Б: Інші ліки – 50%.

⁴ До Спеціальних комісій входять Румунський коледж терапевтів та Румунський Орден медсестер та іншого персоналу, а також Національний Дім Медичного Страхування.

Для дітей співплата не передбачена.

Обсяг послуг в амбулаторному секторі встановлюється на основі даних попереднього року. Існують обмеження по обсягу для всіх спеціалістів по всіх видах послуг. Можливий перегляд обсягів послуг протягом року. Тобто дані положення майже ідентичні тим, що їх було розглянуто по відношенню лікарняного сектору.

Критерії якості надаваних послуг в амбулаторному секторі визначені спеціалізованими комісіями Румунського Коледжу Терапевтів (Romanian College of Physicians). Лабораторії в добровільному порядку (?) сертифікуються на основі стандартів ISO. Якість медичних послуг системно вимірюється з 2000 року.

Щодо вартості послуг, то контракти для первинної медичної допомоги основані на подушному (capitation) та на гонорарному (fee-for-service) методах. Контракт для амбулаторних спеціалізованих установ розраховано на максимум 18 візитів.

Стосовно інформаційних вимог, то в амбулаторному секторі вони мають багато спільних рис із стаціонарним (лікарняним) сектором. Так, обов'язковими вимогами є наявність даних щодо кожного пацієнта в електронному форматі та під індивідуальним кодом, підготовка щомісячних стандартних звітів щодо кількості послуг, випадків, днів лікування. Детальні звіти мають містити дані про отриману медичну допомогу. Зокрема, для стоматології обов'язково вказується кількість балів відповідно до шкали послуг.

Основні проблеми контрактації

Вивчення досвіду зарубіжних країн показало, що основними проблемами, з якими стикаються системи охорони здоров'я на шляху впровадження контрактних відносин, є недостатність або неточність інформації стосовно потоків пацієнтів, демографічних даних (як в цілому, так і по групах ризику), а також даних стосовно вартості та споживання медичних послуг. Таким чином, потребуються значні інвестиції в розвиток інформаційних систем, а також подолання опору серед відповідальних осіб щодо розповсюдження інформації та маніпулювання нею.

Проблемою є також зростання трансакційних витрат, що пов'язане з наступним:

- Оцінка потреб;
- Аналіз ефективності;
- Проведення переговорів;
- Моніторинг та оцінка.

Ці витрати можуть бути виправдані за умови значного підвищення якості та результативності медичних послуг.

Вирішення названих проблем потребує вирішення низки "під-проблем". Так, для ведення переговорів з надавачами медичних послуг персонал має бути відповідно підготовленим, щоб уміти відстоювати свої інтереси. Що стосується моніторингу та оцінки, то в Україні це порівняно новий вид діяльності, який потребує міждисциплінарної підготовки достатньої кількості спеціалістів.

Проблемою є також фрагментація фінансування, яка для надавача виливається у необхідність відповідати вимогам як страховика (за контрактом), так і управління ОЗ (без контракту). Для вирішення цієї проблеми, напевно, потребується координація політики страховиків та управлінь ОЗ в області закупівель медичних послуг.

Можливості використання зарубіжного досвіду контрактації в Україні

Для України вбачається доцільним:

- Встановлення терміну 1 рік, на який мають укладатися контракти, з можливим переглядом умов протягом контрактного року. Це дасть можливість усім сторонам контракту гнучко реагувати на різні внутрішні та зовнішні зміни та вживати відповідних заходів щодо перегляду окремих умов контракту або взагалі його скасування. Крім того, цей термін є оптимальним з точки зору запобігання надмірним трансакційним витрат, що виникає за дуже частого (наприклад, раз на квартал) переукладання контракту, а також – за тих же обставин – уникнення стресових ситуацій серед контракуючих сторін, даючи останнім більше впевненості у майбутньому;
- Контрактації мають підлягати усі діагностичні та лікувальні, що призначені лікарем. Мають також включатися: вартість ліків та матеріалів, харчів та ліжка.
- На даному етапі розвитку системи охорони здоров'я в Україні теоретично можливим є впровадження співоплати, хоча на практиці вона може виявитися психологічно неприйнятною з боку переважної більшості населення.
- Обсяг послуг слід встановлювати на основі минулорічної діяльності та прогнозних оцінок. Мають бути встановлені ліміти на кожну послугу щодо обсягів її надання.

Оцінка якості послуг має проводитися не тільки з точки зору надавача послуг, але й асоціації громадян, яку ще має бути створено.

Стосовно вартості послуг та оплати доцільним вбачається визначення витрат кожною структурною одиницею. При цьому контракти мають базуватися на середній вартості надходження хворого, середній вартості ліжка-дня, а також враховувати відповідні дані по сусідніх лікарнях.

Необхідним є також встановлення та дотримання певних інформаційних вимог. Зокрема – вимоги стосовно складання детальних звітів щодо окремих пацієнтів. Можливим вбачається використання для цього індивідуальних кодів пацієнтів. Проте, у даному зв'язку, слід враховувати загострення проблеми дотримання лікарської таємниці.

Результативні показники діяльності спеціалістів

Серед результативних показників, що можуть використовуватися для оцінки діяльності спеціалістів, слід розглянути наступні:

- Операційна смертність (для хірургічних відділень);
- Показник смертності серед хворих до виписки (для терапевтичних відділень);
- Коефіцієнти повторного вступу до лікарні.

Втім, ідеальних показників не існує. Не є виключенням і вищенаведені показники, які теж не однозначні з точки зору впливу на поведінку надавачів послуг і, отже, мають використовуватися із певними застереженнями. Крім того, показники не є універсально придатними. Так, показник “операційна смертність” не може використовуватися для відділень невідкладної хірургії, тому що вже за визначенням невідкладне хірургічне

втручання потребується саме в найтяжчих та найбільш ризикованих випадках. Також формальне використання показника “операційна смертність” може взагалі призвести до надмірного побоювання з боку хірургів щодо проведення операцій. За таких обставин спеціалісти будуть просто намагатися уникнути взяття на себе відповідальності у разі найважчих клінічних випадків. Щодо “смертності до виписки”, то такий показник може спонукати спеціалістів терапевтичних відділень до надмірно ранньої виписки хворих, стан яких не дає підстав для сподівання на вилікування. А застосування “коефіцієнту повторного вступу до лікарень” просто примушуватиме надавачів шукати будь-які приводи для неприйняття хворого на повторний термін лікування.

Отже, використання тих чи інших показників, за допомогою яких можна було б проводити оцінку діяльності спеціалістів, потребує вдумливого підходу та запобігання домінації формальних критеріїв над здоровим глуздом.

Оцінка якості з точки зору пацієнтів

Новостворена у майбутньому асоціація пацієнтів може керуватися як кількісними, так і якісними показниками. Серед кількісних даних, які можуть бути доречними, можуть бути такі:

- Листи очікування в умовах амбулаторії та стаціонару;
- Дотримання надавачем графіку обслуговування.

Якісні дані у чималій мірі знаходяться під впливом суб’єктивних міркувань. Особисто це стосується наступних показників:

- Задоволеність пацієнта отриманими послугами;
- Якість середовища у відділеннях стаціонару та амбулаторії;
- Доступність та доброзичливість персоналу.

Як визначити задоволеність пацієнта? Чи не стане у перешкоді ефект плацебо? Як визначити доброзичливість персоналу: кількістю посмішок медичних сестер до пацієнтів? Стосовно якісних показників досить важко уникнути впливу суб’єктивних факторів. Але в будь-якому випадку вищеназвані та інші кількісні та якісні показники потребують ретельного опрацювання та відповідного відображення у контрактах на надання медичних послуг. Як саме – це справа для вирішення за допомогою подальших досліджень.

Ціноутворення

Для здійснення обґрунтованого ціноутворення потрібним вбачається наступне:

- Розробка і вдосконалення медико-економічних стандартів, які мають стати основою єдиного механізму ціноутворення;
- Встановлення рекомендованих тарифів, які, в той же час, не повинні перешкоджати індивідуальним домовленостям між пацієнтами та надавачами.

Перегляд контрактних умов

Підставами для перегляду контрактних умов протягом виконання контракту можуть бути, наприклад, такі:

- Зміни в обсягах діяльності за межами рівня “толерантності”;
- Зміни цін внаслідок зростання темпів інфляції (особливо у випадках поетапної оплати за медичні послуги);
- Зміни, що стосуються загальної епідеміологічної ситуації.

Втім, цей перелік не є вичерпним, і його може бути змінено та доповнено в окремих контрактах на надання медичних послуг.

Висновки

У дослідженні проблем контракції медичних послуг та її застосування в Україні зроблено поки що лише попередні висновки. А саме:

- Контракція – новий метод порівняно з інтегрованою системою;
- Універсальної “єдино вірної” моделі контракції не існує. Кожна з моделей має свої переваги і недоліки. Модель хороша доти, доки задовольняє умовам доступності медичних послуг та стримування витрат;
- Під час розробки та укладання контрактів на надання медичних послуг потребується конкретність в питаннях кількості, якості та вартості послуг;
- Необхідною також вбачається дотримання гнучкості та урахування балансу інтересів обох сторін контракту.

Останній пункт є, напевне один із найважливіших з економічної точки зору. Адже лікарі – це теж люди зі своїми інтересами, у тому числі й економічними.

